La santé physique et psychique relève d'un miraculeux équilibre quotidiennement renouvelé entre une base de données génétiques et les nombreux facteurs environnementaux au milieu desquels nous évoluons. Ces facteurs sont multiples et variés. Qu'ils soient d'ordre physique, chimique ou biologique, leurs impacts sur les personnes sont positifs ou négatifs. L'ensemble des relations qui se jouent entre les humains, dans les domaines financiers, politiques, religieux, sociaux, familiaux ou sentimentaux, font aussi partie de ces facteurs. Tous les événements agréables ou désagréables que nous vivons agissent directement sur le corps, à la manière d'un massage agréable ou d'une douloureuse fracture de la cheville. Quant aux facteurs environnementaux délétères, ils ont une influence directe sur l'état de santé en induisant des perturbations émotionnelles qui, si elles ne sont pas reconnues et réparées à temps, risqueront par la suite d'entraîner l'apparition de maladies psychosomatiques.

Cornelia Gauthier
Médecine générale FMH, Médecine psychosomatique ASMPP

Mots clés : abus sexuel, écoute, repérage

Une cause possible de maladies psychosomatiques

Anita ou quand le ver est dans le fruit

Il aura fallu sept ans pour qu'Anita, qui m'avait consultée en tant que médecin généraliste, trouve une vraie solution à son problème et puisse se considérer guérie. Lorsque je fis la connaissance d'Anita, elle avait trente-cinq ans. Voici son histoire.

Très déprimée en raison du décès accidentel de sa mère survenu un an auparavant, j'avais dû lui prescrire un traitement antidépresseur car elle ne parvenait pas à remonter la pente. En complément au traitement médicamenteux, je lui proposais des entretiens de soutien réguliers.
La santé physique d'Anita n'était pas bonne non plus car, depuis de nombreuses années, elle alternait infections urinaires et vaginites chroniques. Régulièrement, elle se plaignait de dysurie alors que les prélèvements bactériologiques s'avéraient souvent stériles. Lorsque les spasmolytiques ne suffisaient pas à amender les douleurs, je ne voyais pas d'autre alternative que les antibiotiques. Cela heurtait ma rigueur scientifique, mais bizarrement, cette démarche amenait un répit de quelques semaines (effet placebo ?). Rapidement la symptomatologie se déplaçait sur l'appareil génital. Bien sûr, il y avait les vaginites mycosiques post-antibiothérapies, mais cette symptomatologie vaginale pouvait aussi fréquemment se développer sans traitement bactériologique préalable. Concomitamment, Anita souffrait de constipation chronique et avait tendance à abuser des laxatifs.
Dans son anamnèse, ma patiente disait avoir souffert très tôt de douleurs abdominales. Ses parents avaient fait le tour des pédiatres et autres spécialistes, sans jamais en trouver la cause, ni de traitement efficace à ses maux. Anita échappa de justesse à une appendicectomie.
Durant de nombreux mois, je lui prescrivais donc des médicaments, au gré des déplacements des symptômes, passant des laxatifs aux antimycosiques, associant antibiotiques et antidépresseurs, etc. En dépit de nos bonnes volontés conjuguées, rien ne s'améliorait.
Néanmoins, ma patiente s'ouvrait petit à petit à des discussions plus personnelles. Sa patronne devenait de plus en plus exigeante et humiliante et les conditions de travail d'Anita se détérioraient. Comme elle souffrait d'importantes épigastralgies, il fallut lui prescrire des inhibiteurs de la pompe à protons. Je constatais, hélas, que nous entrions dans une escalade médicamenteuse que je n'arrivais plus à gérer. Bientôt, Anita fut de plus en plus terrifiée à l'idée d'aller travailler. Je dus me résoudre à lui prescrire un arrêt de travail de plusieurs semaines et, devant le peu d'amélioration, il fut

DOI : 10.1684/med.2010.0522

nécessaire de l'hospitaliser dans une clinique de repos. Prise en otage entre les symptomatologies physiques et psychiques, Anita ne voyait plus d'issue.

Toutefois, comme une bonne relation de confiance s'était développée entre elle et moi, Anita put enfin parler des dyspareunies qui lui gâchaient sa vie sexuelle depuis de nombreuses années. Elle redoutait chaque soir, car elle n'osait pas se dérober à son partenaire qui était de caractère assez dominant et impatient. Celui-ci pouvait parfois entrer dans des crises de violence. La relation de couple se détériorait de plus en plus et Anita ne pouvait espérer aucun soutien de la part de son compagnon face à ses problèmes de santé ou professionnels.

Puis, vint le moment de la rupture. Ce fut très difficile, car son compagnon ne l'accepta absolument pas. Il l'aimait, donc Anita devait rester ! Après beaucoup de temps et de difficultés, cette séparation fut définitive. L'ancien ami commença alors à exercer sur Anita un véritable harcèlement, lui téléphonant cinquante fois par jour, la suivant sur son trajet jusqu'à son travail, l'attendant devant sa porte, lui glissant des messages dans sa boîte aux lettres, etc. À chaque fois que son téléphone portable s'enclenchait, Anita ressentait la sonnerie comme un coup de poignard.

À maintes reprises, Anita se plaignit d'un épuisement nerveux et de troubles anxieux entraînés par cette persécution interminable. Je lui proposais diverses stratégies, par exemple, de changer son numéro de téléphone, de porter plainte, de déménager, etc. À chaque fois qu'Anita revenait en consultation, elle était encore plus épuisée et plus anxieuse. Il fallut alors lui prescrire des anxiolytiques et, plus tard, des somnifères. Mais je voyais bien que, malgré toutes nos discussions et ses bonnes résolutions, Anita n'adoptait aucune des mesures proposées.

Pourquoi donc toutes les médications symptomatiques et approches comportementales restaient-elles aussi globalement inefficaces ? J'y réfléchis longuement avant d'en comprendre la raison fondamentale. Anita se comportait en victime, subissant ces nombreux abus. Mais si elle se comportait en victime, c'était donc qu'elle avait été abusée, me dis-je. Je lui posai alors en douceur cette question :

« Je vois que malgré tout ce dont nous avons discuté et toutes les stratégies que je vous ai proposées, vous ne vous protégez pas. Auriez-vous été abusée ? ».

Elle éclata alors en sanglots intarissables. Il fallut beaucoup de temps et de patience jusqu'à ce qu'elle puisse enfin dire que, depuis le début de son traitement, elle se promettait à chaque visite de me révéler son secret et, qu'à chaque consultation, elle n'en trouvait pas le courage, par honte, et repartait avec son lourd fardeau. C'est ainsi que j'appris qu'à l'âge de dix ans, un ami de son père était venu la chercher à la sortie de l'école. La petite fille connaissant bien cet homme, elle l'avait suivi en toute confiance. Il l'avait emmenée dans la forêt avoisinante, entraînée derrière un épais buisson et là, il l'avait violée avec pénétration anale et vaginale.

À son retour à la maison, la petite fille hébétée n'avait rien pu dire à ses parents. C'est ainsi que commencèrent les maux de ventre quotidiens, doublés de constipation chronique, suivis à l'âge adulte, par la cohorte des symptomatologies urinaires, gynécologiques, digestives, psychologiques et comportementales.

Lorsqu'Anita revint en consultation quelques jours plus tard, elle était encore plus effondrée. À la sortie de mon cabinet, elle était allée se réfugier chez son père. Son frère, de deux ans plus jeune, était présent en visite chez leur papa. Anita s'effondra alors devant les deux et « cracha le morceau ». Son frère, pétrifié, lui répondit : « Ah ! toi aussi ! Je croyais toujours que j'avais rêvé ! ». Puis, il partit en claquant la porte et ne voulut plus jamais aborder le sujet. Anita, écrasée par un sentiment de culpabilité épouvantable, comprit alors qu'en raison de son silence, son petit frère avait subi la même agression.

Ce fut ma première confrontation avec l'horreur des abus sexuels. J'étais en plein dans le sujet, mais je ne savais que faire et comment aider ma patiente. J'entrepris alors de me documenter, de chercher des méthodes efficaces de traitement, car compatir était totalement insuffisant.

Heureusement, cette histoire se termine bien. Après trois ans de traitement intense et spécifique, basé notamment sur de la thérapie émotionnelle ainsi qu'une approche comportementale, la patiente put arrêter progressivement les médicaments et recréer une nouvelle relation amoureuse équilibrée. Elle est actuellement mère d'un petit garçon d'un an et tout se passe bien.

Dans son malheur, elle a eu plus de chance que Madeleine qui, à septante ans, osa pour la première fois me parler des abus qu'elle avait subis pendant de nombreuses années par son oncle. Elle n'avait jusque-là jamais osé en parler à qui que ce soit, même pas à son mari, car elle avait trop honte.

Contrairement à ce que nous pensons généralement, les abus sexuels ne représentent pas des situations rares

Lorsqu'on entend parler d'abus, on pense immédiatement aux situations sordides comme celle décrite ci-dessus. Heureusement, ces situations sont plutôt rares. Mais ne s'agirait-il pas seulement de la partie émergée d'un gigantesque iceberg méconnu ? Les abus sont multiples et variés. Ils se présentent sous trois formes : abus sexuels, abus physiques, abus émotionnels. Chacun constitue dans sa catégorie un dépassement ou un manque de limite, le dépassement étant le fait de l'abuseur et le manque de limite, la problématique de la victime. Dans cet article, seuls les abus sexuels seront abordés. Le lecteur intéressé aux deux autres formes d'abus pourra se référer à l'ouvrage cité en références [1]. L'abus émotionnel sera néanmoins aussi traité en partie dans la mesure où il accompagne obligatoirement toute forme d'abus sexuel et parce qu'il entraîne des conséquences à l'origine de troubles du comportement chez les abusés et les abuseurs.

L'histoire d'Anita et de son frère nous rappelle que non seulement les filles, mais les garçons aussi, subissent des abus sexuels. Les diverses études faites sur le sujet [2] mettent en évidence qu'environ 2-3 enfants sur 10 subissent une fois

au moins des abus sexuels. Une étude effectuée en 1996 à Genève sur plus de mille enfants adolescents [3] montrait que 3 filles et 1 garçon sur 10 avaient déjà subi un abus sexuel, ce qui représente tout de même entre 20-30 % de la population générale.

Il existe une certaine méconnaissance de la situation, relevant d'une fausse idée, retrouvée autant dans le public que parmi les soignants, *« qu'il n'y aurait d'abus sexuels que lorsqu'il y a pénétration »*. Si les situations de viol avec pénétration sont plutôt rares, il ne faut cependant pas en oublier l'existence. Mais la majorité des abus sexuels consistent en divers **attouchements** qui sont fréquemment banalisés autant par les professionnels de la santé que par l'entourage, et parfois, par les victimes elles-mêmes. Ces formes d'abus impliquent un **contact cutané** entre l'abuseur et sa victime, événement traumatique qui s'inscrit ainsi dans ce qu'on appelle la « mémoire du corps. »

Mais il existe aussi des abus sexuels **sans contact** qui sont plus difficiles à identifier et qui ne laissent pas de traces (du moins le croyons-nous). Il s'agit de la pornographie, du visionnement imposé de films X, de l'exhibitionnisme. Les propos salaces autour du corps de la victime, les regards lubriques ou libidineux font aussi partie de cette forme d'abus.

Une forme particulière d'abus sexuels sans contact est le fait d'assister en tant que témoin à des abus sexuels infligés à d'autres. C'est ce qu'on appelle **l'abus par procuration**. Cette forme d'abus est particulièrement pernicieuse car tout le monde pense que seul celui qui a subi l'abus en est victime. L'abus sexuel par procuration est souvent pire pour le témoin car, en plus de la violence qu'il enregistre par ses yeux et ses oreilles, il se sent impuissant à aider autrui et fortement culpabilisé d'avoir été épargné.

Finalement, le fait pour un enfant d'assister aux ébats sexuels des parents (que ce soit exceptionnel ou très fréquent) représente également un problème intrusif et extrêmement perturbant, car cela le transporte non seulement dans l'intimité des parents, ce qui souvent le dégoûte, mais l'amène dans un monde adulte pour lequel il n'est pas préparé. Il arrive même que l'enfant soit terrorisé par les cris et grognements des parents, pensant que l'un agresse l'autre.

> *Yves, trente ans, a un profond dégoût pour tout ce qui touche au sexe. Il n'a pas de relations sentimentales car il craint les approches sexuelles. Il se souvient que pendant toute son enfance, il assistait aux relations sexuelles de ses parents, car ils avaient enlevé toutes les portes de l'appartement pour que les chats puissent circuler librement. Lorsqu'il allait se coucher le soir, il avait très peur de ne pas s'endormir avant que ses parents se couchent. Il se bouchait très fort les oreilles jusqu'à ce que le sommeil l'envahisse. Il se souvient avec un haut-le-cœur des vacances au camping où leurs ébats se passaient sous ses yeux, dans le seul habitacle à disposition.*

> *« L'abus adultise l'enfant. Il y a une accélération du temps vécu qui lui nuit beaucoup. »*
> *Marcel Rufo*

La grande majorité des abus sexuels surviennent pour la première fois dans l'enfance et comme le démontre l'histoire d'Anita, fréquemment, dans le cadre familial ou par l'entourage proche. Ils sont en général le fait d'un plus grand face à un plus petit et il y a toujours un rapport de force entre l'agresseur et sa victime. Les personnes le plus souvent incriminées dans ce contexte sont souvent celles dont personne ne se méfie. Lorsque le loup est dans la bergerie, ces agressions atteignent l'enfant dans sa base de sécurité et le prive de la défense de sa famille face à ces actes ignobles.

L'autre situation moins connue est représentée par les violences conjugales lorsque les abus sexuels sont perpétrés dans le couple, la plupart du temps, par le mari à l'encontre de sa femme. Ces violences sexuelles imposées sont souvent précédées ou doublées de maltraitances physiques et d'humiliations [4]. En effet, le désir sexuel de l'homme violent est souvent déclenché par les actes de violence qu'il commet envers sa partenaire. Ces femmes sont fréquemment obligées de regarder des revues ou visionner des films pornographiques pour ensuite imiter les situations. Ces femmes croulent sous la peur et la honte. Et, s'il est déjà difficile de porter plainte contre les violences physiques, il est encore bien plus difficile de dévoiler toutes ces maltraitances sexuelles subies. D'ailleurs, parce que cela se passe à l'intérieur du couple, les femmes elles-mêmes ont de la difficulté à mettre le mot VIOL sur ces pratiques.

Bien sûr, il ne faut pas oublier de dénoncer les abus sexuels de groupe comme cela s'observe dans certaines écoles ou lors de soirées où trop d'alcool et les drogues se consomment. Ces abus sont à l'origine de très graves dégâts psychiques pour les victimes du fait du nombre simultané d'agresseurs, sans compter les risques de grossesse et de maladies sexuellement transmissibles dont le sida.

Lorsque les abus sexuels surviennent chez des victimes adultes, il ne s'agit souvent que de la conséquence de ce qui s'est déjà produit pendant l'enfance sous formes d'attouchements ou parfois de viol. Comme cela sera expliqué plus loin, les enfants abusés perdent leurs capacités à sentir le danger ou même, parfois, se sentent directement attirés par les abuseurs.

L'état de choc, l'effet de surprise et la sidération

Lorsque les abus sexuels surprennent l'enfant dans son innocence, ils produisent chez lui un véritable séisme. À l'instar d'un appareil prévu pour 110 volts qu'on brancherait sur une prise à 220, cela déclenche chez l'enfant une véritable implosion. Comme le dit Suzanne Robert-Ouvray, *« Les enfants n'ont pas de désir sexuel* ***génitalisé*** *face aux adultes »* [5]. Comment le pourraient-ils, puisque leur système hormonal n'est pas encore mature ?

Lors d'un viol, notre système d'alarme, l'amygdale cérébrale, repère instantanément le danger et déclenche une cascade de réactions physiologiques due au stress aigu, dont la production massive d'adrénaline et de cortisol *via* les glandes surrénales. Ainsi, tout l'organisme est sous tension et prêt pour la défense ou la fuite *(fight or flight)*. Mais, lorsque la victime est immobilisée par l'agresseur qui souvent est plus grand et plus fort qu'elle, l'amygdale surstimulée déclenche chez elle une réaction de panique totale. Pour éviter ce survoltage, le cerveau va libérer des substances endorphiniques et kétaminergiques qui sont de puissants analgésiques et anesthésiants, de manière à inhiber temporairement le fonctionnement de l'amygdale. Le système d'alarme est ainsi mis hors service et la production d'hormone de stress s'arrête, même si la violence continue. La victime (anesthésiée) est ainsi coupée de ses émotions et cela se traduit par un phénomène de dissociation.

Lors des attouchements où la sensation d'urgence et de danger peut être ressentie comme moins grave, les atteintes sont donc plus sournoises, car l'état de stress et de panique est souvent moins important. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles ces formes d'abus sont banalisées autant par le corps médical, que par l'entourage ou parfois, par la victime elle-même. Pourtant, on observe que l'état de sidération et de dissociation se produit tout de même. C'est l'effet de surprise devant l'anormalité de la situation, doublé d'un intense malaise dû à la honte et au sentiment de culpabilité, qui produit ce même résultat, celui qui fige la victime dans l'absence de défense ou de fuite.

Les personnes abusées témoignent fréquemment d'un sentiment d'irréalité doublé d'une impression d'être spectatrices de l'événement. Quant à l'impact amygdalien de l'abus, il reste piégé dans cette structure et l'information ne peut pas être traitée par le reste du cerveau émotionnel et cognitif. La victime vivra dorénavant dans un état de stress constant, comme si sa vie restait dorénavant en points de suspension parce que quelque chose n'est pas terminé. Par la suite, certaines d'entre elles souffriront de flash-back comme s'il s'agissait de multiples tentatives inconscientes, malheureusement inefficaces, de tenter de résoudre autrement le vécu traumatique. D'autres adopteront toutes sortes de techniques d'évitement, dont la perte de la libido en est un exemple. Elles seront rattrapées par la reviviscence du traumatisme à la moindre situation évoquant une histoire abusive, que ce soit dans leur propre vie ou celles de l'entourage ou encore par l'intermédiaire des médias.

> *La victime n'est jamais consentante, sinon ce ne serait pas de l'abus.*

Le secret

Les victimes ont toutes en commun le fait de ressentir des sentiments de culpabilité et de honte tellement importants que la plupart du temps, ces derniers les empêchent de parler à qui que ce soit. Il y a une inversion de valeur qui induit les victimes à ressentir la culpabilité et la honte à la place de l'abuseur qui, lui, ne les ressent pas.

C'est ainsi qu'Anita a porté son secret quotidiennement pendant vingt-cinq ans et Madeleine pendant soixante ans. Combien de ces victimes (hommes et femmes) sont morts en emportant leur secret dans leur tombe ? La tragique histoire d'Anita, avec son déferlement de symptômes psychosomatiques réactionnels, nous permet de comprendre l'importance fondamentale du secret dans la genèse de la maladie. La sidération tout d'abord, la peur ensuite, puis le sentiment de culpabilité et la honte, emmurent les victimes dans une totale solitude face à l'horreur. À qui parler ? Que dire ? Les croira-t-on ? Les jugera-t-on ?

La situation est bien sûr encore plus difficile si l'abuseur fait partie de la famille et surtout s'il s'agit de l'un de ses parents. Lorsque l'enfant est abusé sexuellement, l'abuseur prend des précautions pour éviter que l'enfant ne parle. Soit il est très gentil, il offre des cadeaux et il dit, par exemple : « c'est notre petit secret à nous deux ». Soit il utilise l'intimidation en proférant des menaces de mort. Mais plus perfide encore, il arrive qu'il menace les autres membres de la famille : « si tu le dis à quelqu'un, je vais tuer ta mère ou ta petite sœur ». L'enfant croule alors sous le poids de la responsabilité et de cet inévitable sentiment de culpabilité. Et donc, il ne dira rien. Mais parfois, les intimidations ne sont même pas nécessaires, car l'adulte a déjà soumis l'enfant par d'autres abus, les abus émotionnels et physiques. L'enfant culpabilisé et assujetti prendra

alors sur lui de protéger son abuseur en raison d'une perversion involontaire et inconsciente des liens d'attachement.
Mais l'enfant abusé n'est pas toujours le seul à devoir garder le secret. Ainsi en est-il pour tout témoin qui aurait assisté à ces outrages.
« Il est très difficile de trouver des excuses à ceux qui tentent d'associer leurs enfants à leurs mensonges lorsqu'il s'agit d'actes qui enfreignent la loi sociale, comme des vols, des viols ou des violences. Dans un tel cas, l'instance régulatrice des comportements de l'enfant se trouve irrémédiablement coupée en deux. D'un côté, il y a l'idéal de silence proposé par les parents et, de l'autre, l'idéal social qui condamne les actes répréhensibles commis par eux » [6].

Mémoire du corps et somatisation

Les premières manifestations psychosomatiques d'Anita se sont exprimées pendant de nombreuses années à travers des douleurs abdominales chroniques post-traumatiques. Par la suite, elle a développé une symptomatologie plus précise, localisée dans le petit bassin sous forme d'infections urinaires à répétitions, de dysuries à urines claires, de vaginites à répétitions et vulvite, d'une dyspareunie rebelle et d'une constipation chronique. C'est ce qu'on appelle le **syndrome cloacal** [7]. Chez les patients abusés, la constipation chronique relève souvent de l'anisme, qui est une contraction réflexe du sphincter anal au moment de l'exonération des selles. À l'instar du vaginisme, il pourrait être interprété comme une tentative inconsciente de protection du corps contre ce qui pourrait être ressenti comme une agression.
Lorsqu'une personne a subi un abus dans la région génitale, elle développera tôt ou tard des symptômes psychosomatiques dans cette partie du corps. Mais il y a souvent une période de latence entre l'agression initiale et le début de la symptomatologie, ce qui fait que ni le médecin consulté, ni la victime, ne font le lien de cause à effet. Quand les symptômes commencent à se manifester, on observe qu'ils se déplacent dans les trois systèmes du petit bassin, sans qu'il soit possible, pour l'instant, d'y donner un autre éclairement que celui de l'embryologie. On retrouve chez l'embryon de 3-4 semaines une membrane pluripotentielle qui donnera par la suite naissance au système urinaire, génital et digestif bas. Lorsque des perturbations somatiques à répétition s'expriment dans ces trois régions, malgré un traitement efficace et sans qu'aucune cause organique ne soit trouvée, on donne à cette symptomatologie psychosomatique le nom de syndrome cloacal. C'est comme si le corps avait gardé en mémoire l'origine embryologique de ses divers tissus, par la suite, différenciés.

> *Il faut apprendre à mettre des mots sur le silence, car le corps souffrant ne peut que chuchoter.*
> *Ghislain Devroede*

Bien sûr, tous les symptômes urinaires, génitaux et digestifs bas ne sont pas d'ordre psychosomatique, ni secondaires à des abus sexuels. Ils peuvent être d'origine infectieuse, génétique, congénitale, toxique, environnementale, accidentelle et il est donc toujours indispensable de procéder à une démarche diagnostique rigoureuse. Mais, devant une symptomatologie récidivante inexpliquée, il convient quand même de se poser la question d'un éventuel syndrome cloacal, car 20-30 % d'enfants sexuellement abusés, cela représente beaucoup de monde.

Conséquences psychiques

Les violences sexuelles n'ont rien à voir avec la sexualité, ni avec le désir sexuel. Elles relèvent du besoin pervers de soumettre et de détruire l'autre. La personne qui subit un abus sexuel devient obligatoirement une victime si elle n'a pas pu se faire aider par un thérapeute compétent et obtenir des soins nécessaires au moment de l'agression. Autant dire que ce n'est quasiment jamais le cas, ce qui nous laisse imaginer l'étendue des dégâts.
Les abus sexuels déclenchent d'importantes perturbations émotionnelles qui sont à l'origine du développement des troubles psychiques **aspécifiques** comme les états anxio-dépressifs et leur cohorte de symptômes phobiques, obsessionnels, dissociatifs ainsi que des troubles du sommeil et de l'appétit. Quant à la baisse de la libido qui est très fréquente dans les dépressions, elle est aussi un symptôme très souvent présent chez les patients aux antécédents d'abus sexuels.
Mais on retrouvera également chez bon nombre de ces victimes des troubles psychiques **spécifiques**, à savoir des anesthésies cutanées des zones génitales ou des seins, des excitations sexuelles inappropriées ou des pulsions sexuelles excessives.

Les troubles du comportement

Les victimes d'abus sexuels vont développer des troubles du comportement secondaires aux agressions subies et ainsi se diviser, à leur insu, en deux groupes de population : une minorité prendront le chemin des abuseurs alors que les autres entreront dans une carrière de victimes par le processus de la revictimisation. Bien que chacun de ces enfants blessés porte en lui une partie abuseur et une partie victime dans des proportions différentes, on observe dans les deux cas de figure que les abus peuvent être **dirigés contre autrui** ou **contre soi-même**. C'est notamment l'abus contre soi qui détermine les uns et les autres à entrer dans le cercle infernal des abus de substances, voire à envisager le suicide [1].

Les abus dirigés contre autrui

Une minorité des personnes abusées dans l'enfance réagiront sur un mode agressif et développeront un comportement d'abuseurs en reproduisant sur d'autres ce qu'ils ont subi selon le principe **d'abus subis, abus agis**. En effet, un des principaux outils d'apprentissage de l'enfant est

l'imitation. Mais ces abus dirigés contre autrui sont aussi les conséquences, chez ces enfants abusés, de nombreux blocages émotionnels et d'endurcissements face à la douleur. Alors qu'ils n'avaient pas trouvé de main secourable pour les défendre, ils ont progressivement formé autour de leur personne une épaisse carapace pour se protéger. C'est ainsi qu'ils deviennent les auteurs d'une triste liste d'actions destructrices comme le sont les attouchements, l'exhibitionnisme, la pédophilie, les viols, l'inceste, les fellations forcées, les sodomies, le sado-masochisme, le proxénétisme, etc.

Les abus dirigés contre soi et la revictimisation

Ils représentent les principaux troubles du comportement des victimes qui s'expriment de deux manières : soit en induisant ces personnes à devenir leur propre abuseur ou en les empêchant de se protéger des situations et des personnes qui leur sont néfastes. Plus inquiétant encore : les victimes sont souvent attirées par les abuseurs comme le métal par un aimant et, inconsciemment, recherchent même leur compagnie. C'est comme si elles souffraient d'un conflit de loyauté face à leurs premiers abuseurs et avaient signé avec eux un pacte de soumission à vie.

Sur le plan sexuel, chez certaines victimes, on observe parfois des comportements étranges où, à la suite d'abus sexuels, les victimes galvaudent leur corps en pratiquant le libertinage, couchant avec n'importe qui et n'importe où, se mettant régulièrement en situation de danger. Elles traitent leur corps avec le même irrespect que celui dont a usé leur abuseur. Il s'agit d'un comportement d'imitation. C'est probablement ce même irrespect qui amène un certain nombre d'entre elles à pratiquer le sado-masochisme et d'autres à se prostituer. D'ailleurs, nous avons tellement appris à banaliser la pratique de cette « activité professionnelle », que nous en avons oublié le côté sordide.

> *Que se passe-t-il lorsque nous faisons comme si la prostitution était un métier pareil à n'importe quel autre ?*
> *Alice Miller*

Rarement, on se trouvera face au syndrome de Münschausen, compulsion de répétitions, qui consiste à se faire opérer de multiples fois malgré l'absence de causes organiques, comme si toute pénétration abusive du corps par l'autre pouvait se transformer en abus symbolique. Une femme violée par son père, avec pénétration vaginale complète, subira en moyenne huit interventions chirurgicales [6]. Toutes les victimes se sentent salies et certaines vont devenir prisonnières de lavages compulsifs infernaux pendant que d'autres adopteront des techniques d'évitement.

Sur le plan général, le *mobbing* exercé par la patronne d'Anita et le harcèlement exercé journellement par son exami ont-ils un rapport direct avec les abus qu'elle a subi en étant petite ? La réponse est affirmative et s'explique par le processus de **revictimisation**. En effet, chez toute victime d'abus sexuels, physiques ou émotionnels, il se produit des lésions psychiques persistantes qui la privent dorénavant de sa capacité à repérer les dangers et les comportements à risques. Les victimes sont particulièrement vulnérables face aux abuseurs dont elles ne parviennent pas à identifier les premiers dépassements de limite. Ce comportement de revictimisation est associé à une autre constante comportementale qui consiste à se soumettre immédiatement à plus fort que soi et à subir ainsi moult injustices et humiliations, sans exprimer aucune protestation, en faisant le poing dans sa poche. Ces personnes pensent qu'il faut prendre patience, que l'autre va comprendre, qu'il va changer, etc. Elles perdent ainsi beaucoup de temps et d'énergie et, de jour en jour, toute leur confiance en elles-mêmes. En conséquence, dans leurs relations avec les autres, elles se retrouvent régulièrement dans des rapports de force où elles sont toujours perdantes. Et lorsque les situations ne sont plus supportables et qu'elles quittent leurs emplois ou s'extraient de leurs relations pathologiques, elles se retrouvent quelques semaines ou mois plus tard, dans d'autres lieux, avec d'autres acteurs, toujours dans les mêmes scénarios de vie qui se rejouent encore et encore. En raison de l'accumulation des somatisations, des troubles psychiques et comportementaux dont le recours fréquent aux abus de substances, il n'est pas rare que le parcours se termine par une tentative de suicide parfois fatale.

Détecter et soigner

Ces dernières décennies, de nombreuses associations ont vu le jour pour informer la population sur les diverses formes de violences exercées par les plus forts sur les plus fragiles d'entre nous, et pour leur proposer de l'aide. Malgré cela, beaucoup de victimes continuent à garder le secret, à subir encore et toujours des violences et, finalement, à en tomber malades.

En tant que médecins, nous avons un rôle fondamental à jouer dans la détection, car chacune de ces victimes nous consultera un jour ou l'autre pour des troubles psychosomatiques. Mais, dans la majorité des cas, ces patients ne nous parleront jamais spontanément des abus subis, soit parce qu'ils ne feront pas le lien entre leurs symptômes actuels et les causes abusives, soit parce que pour eux les événements traumatisants sont indicibles.

Après avoir exclu des maladies organiques et posé un diagnostic de maladie psychosomatique, il faudra que nous prenions l'habitude de décoder les messages transmis par ces symptômes et que nous aidions nos patients à faire le lien de causes à effets. Par conséquent, il est nécessaire que les causes abusives des maladies soient intégrées dans nos diagnostics différentiels.

Sortir du silence et de l'isolement, mettre des mots sur des maux, est la première démarche thérapeutique fondamentale pour aider nos patients à quitter leur passivité invalidante et devenir les vrais acteurs de leur vie présente et future.

Le deuxième volet du traitement consistera, pour nous médecins, à apprendre des techniques de traitement permettant de déprogrammer ces traumatismes grâce à des approches psychosomatiques, afin de pouvoir libérer la « mémoire du corps ». En effet, fréquemment la psychothérapie seule ne suffit pas car, pour obtenir une guérison, les empreintes

psychosomatiques nécessitent l'utilisation de formes de thérapies également psycho-corporelles.
Finalement, « last but not least », il sera nécessaire d'utiliser des approches comportementales pour enseigner aux victimes à s'affirmer et oser dire non, afin qu'elles puissent sortir du cercle vicieux de la soumission. C'est tout un travail de part et d'autre, mais combien prometteur !

Conflits d'intérêts : aucun

Références :

1. Gauthier C, Sommes-nous tous des abusés ? Chêne-Bourg: Georg; 2008.
2. Gauthier C. Pourquoi l'ampleur des abus est-elle sous-estimée et les patients insuffisamment traités ? Rev Med Suisse. 2009;20:611-4.
3. Halperin D, Bouvier P, Jaffé PD, Mounoud RL, Pawlack C, Laederrach J, et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva : results of a cross sectional survey. BMJ. 1996;312:1326-9.
4. Welzer-Lang D. Les hommes violents. Paris: Payot Rivages; 2000.
5. Robert-Ouvray SB. Enfant abusé, enfant médusé. Paris: Desclée de Brouwer; 2001.
6. Devroede G. Ce que les maux de ventre disent de notre passé. Paris: Payot Rivages; 2003.
7. Tisseron S. Secrets, mode d'emploi. Paris: Marabout; 1996.

En résumé : Abus sexuels

- La santé est influencée par les facteurs génétiques et environnementaux. 20 à 30 % de la population subit une fois au moins un abus sexuel.
- La mémoire du corps s'exprime par le syndrome cloacal. L'anisme est une contraction réflexe du sphincter anal.
- L'état de choc induit la sidération et la dissociation. Les perturbations émotionnelles engendrent des maladies psychosomatiques. Les abus sont à l'origine de troubles du comportement réactionnels, qui peuvent être dirigés contre soi ou contre autrui (les abus de substances représentent un abus dirigé contre soi).
- Le processus de revictimisation appartient à la victime.
- La victime ne sait pas s'affirmer et dire non.
- Les médecins ont un rôle de détection.
- Les abus devraient être intégrés dans le diagnostic différentiel.

Sortir du silence, c'est mettre des mots sur des maux